

参考様式3

糖尿病・糖尿病性腎症診療情報提供書（逆紹介用）

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

○○医療機関○○担当医 様

<紹介元医療機関>

□□医療機関所在地□□担当医

印

ふり 氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)	性 別	男・女
住 所		電話番号		職 業	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (病期分類 第 期)				
合併症 既往	<input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 (<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他の合併症・既往 <input type="checkbox"/> 不明				
紹介目的					
検査結果	<最近の検査結果 年 月 日 > ・身長 (cm) ・体重 (Kg) ・血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 隨時 (食後 時間) ・HbA1c (%) ・eGFR (ml/分 / 1.73 m ²) ・アルブミン尿 (mg/gCr)				
治療方針 及び 治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 (製剤名) <input type="checkbox"/> インスリン (製剤名) 単位 : <input type="checkbox"/> (製剤名) <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> その他内服薬 []				
患者への 指導内容					
備考					

備 考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 必要がある場合は、検査の記録を添付すること。